



TITLE:

臨床瑣談

AUTHOR(S):

CITATION:

臨床瑣談. 日本外科宝函 1939, 16(1): 152-166

ISSUE DATE:

1939-01-01

URL:

<http://hdl.handle.net/2433/205062>

RIGHT:

臨 床 瑣 談

第 IV 腦室腫瘍ノ 2 例

荒 木 千 里 (京都外科集談會昭和13年10月例會所演)

第 1 例 中○慶○郎, 男, 26歳, 第 4 腦室乳嘴腫

主訴: 頭痛及ビ失明

現病歴: 約 3 年來時折頭痛アリ, 次第ニ増強ス。頭痛ハ兩側顳顬部又ハ前額部, 顳頂部等ニ來ル。時折嘔吐ヲ來セリ。約 3 ヶ月來兩眼ノ視力障礙ヲ來シ多少ノ弛張ハアリシモ漸次増惡シテ最近ハ全ク失明セリ。尙最近ハ記憶障礙及ビ顔面右半部ニ時々 Paraesthesiae アリ。歩行蹣跚ヲ來セル事ナシ。

現症: 兩眼トモ全ク失明。眼底ニハ兩側トモ鬱血乳頭ニヨル二次的視神經萎縮アリ。兩眼球共ニ水平性 Nystagmus アリ, 特ニ右ヘ向ク時ニ著明。顔面右半部ニ Paraesthesiae, 右顔面神經上下枝ノ不全麻痺, 右聽力障礙アリ。尙右下肢ノ腱反射亢進シ Mendel-Bechterew (+)。小腦症狀トシテハ單ニ兩側トモ一足デ立テ得ナイト云フダケデ, ソノ他ニハ著明ナル失調症狀ナシ。

要スルニ高度ノ腦壓亢進症狀ト右侧 V, VII, VIII 腦神經ノ刺戟症狀乃至不全麻痺トガアリ, 夫ニ同側即チ右侧下肢ニ輕イ錐體路症狀ガアル。此等ノ所見ヨリスレバ腦橋右寄りノ腫瘍ト考ヘラレル。腦神經症狀ト同ジ側ニ錐體路症狀ノ現ハレテ居ルノハ, 腫瘍ニヨツテ大脳脚部ガ左側ヘ壓排セラレ, ソコデ硬固ナ Incisura tentorii 左側部ニ突キアツテ壓迫サレテキルモノト考ヘルヨリ他ナイ。併シ何分ニモ腦壓亢進以外ノ症狀ハ輕度デアルカラ、之丈ケデ確定的ナ局所診斷ハツケラレヌ。ソレデVentriculographicヲヤツテ見ルト、腦室系ハ中等度ノ對稱性擴大ヲ呈シテ居リ, 第 III 腦室, ジルビー導水管, 第 IV 腦室スベテ様ニ擴大シテ居テ, 何處ニモ盈氣缺損ハ認メラレナイ。腫瘍ナレバ何處カニ缺損ガアツテ然ルベキデアル。ソレデ結局診斷ハ炎症性ノ變化即チ後頭蓋窩ニ慢性腦膜炎(微毒性?)ガアツテ, 夫デ腦神經症狀ヲ現ハスト同時ニ Foramen Magendii, Foramina Luschka ノ癒着性閉塞(乃至狹窄)ヲ來シテ居ルノデハナイカト考ヘタノデアル。

手術(昭和13年8/VI)。後頭下開頭術。手術ニヨツテ見出サレタモノハ豫期ニ反シテ腫瘍デアツタ。即チ第 IV 腦室後部ノ腫瘍ダツタノデアル。表面カラ見ルト小腦蟲部ガ擴大シテキテ, 直グ其下ニ青味ヲ帶ビタ腫瘍ガ一寸顔ヲ出シテ居ル。表面ハ少シク顆粒狀, 彈性硬, 中實性, 周圍カラハ薄イガ併シ明白ナル被膜ニ依ツテ境サレテ居ル。觸ツテモ大シテ出血シナイ。被覆小腦部ヲ穿刺シテ見ルノニ腫瘍ノ大サハ大體雀卵大ト思ハレル。依ツテ蟲部ヲ竄デ充分ニ上ヘ持テ舉ゲテ被膜切開ヲ行ヒ, 腦下垂體箆子デ stückweise ニ腫瘍ノ大部分ヲ剔出シタ。手術中及ビ術直後ノ患者ノ一般狀態ハ極メテ良好デアル。其後ノ經過モ順調デ手術創ハ第 I 期癒合ヲ營ンダガ, 不注意ニモ第 5 日ニ患者ハ自ラ起立用便セントシテ, 盲目ナル爲ニ誤ツテ床板ノ上ニ顛倒, 頭部ヲ強打シ一時意識ヲ喪失シタ。之ハ間モ無ク恢復シタガ, 其後患者ハ次第ニ意識混淆シ, 昂奮狀態ガ續キ, 11 ヲツノ中ニ口腔内ヨリ多量ノ膿汁排出ヲ來ス様ニナツタ。コノ膿ハ咽頭後壁部アタリヨリ出ル様ニ想像サレタガ充分ニ檢査出來ナカツタ。遂ニ術後19日目ニ死亡シタ。

腫瘍ハ組織學的ニ定型的ナ乳嘴腫デアル。

腦ニ來ル乳嘴腫ハ脈絡叢ヨリ發生スルモノデ, 側腦室, 第 III 腦室, 第 IV 腦室ニ來ル。第 IV 腦室ノ脈絡叢ハ Tela chorioidea (第 IV 腦室) ノ内側ニアルカラ乳嘴腫ノ發生ハ何時モ第 IV 腦室ノ尾部ニ近イ部分カラデアル。コノ例デ第 IV 腦室ニカクモ明白ナ腫瘍ガアリ乍ラVentriculogrammノ第 IV 腦室像ニ殆ンド何等ノ缺損モ認メラレナカツタト云フ事ハ恐ラクソノ爲デアラウ。腦ノ乳嘴腫ハ非常ニ稀ナモノデハナイガ, 腦腫瘍全體ノ頻度ニ對シテ云ヘバ比較的稀デアル。

第2例 畠○勝○, 女, 25歳, 第IV 脳室血管腫

主訴: 頭痛, 失明及び精神遲鈍

現病歴: 5—6年來嗜眠性ニテ仕事ニ眠リ込ム事が多く, 甚シキ時ハ入浴中身體ヲ流シツ、居眠リタリト云フ。3—4年來時折頭痛アリ。約2年前激シキ頭痛アリシ際ニ便所ニテ意識ヲ失ヒ3日間覺醒セザリシ事アリ。頭痛ハ其後極メテ激烈ナリシ事アリ, 又長イ間全ク無カッタ事アリ。尙時折嘔吐ヲ來シタルコトアリ。約1年來兩眼ノ視力障礙ヲ來シ現在ハ全ク失明ス。尙ソノ頃(1年前)ヨリ動作及ビ言語ガ著シク緩慢トナリ, 且ツ嚥下困難ヲ來セリ。之ハ特ニ液體攝取ノ際ニ著明。5ヶ月前ヨリ全身脫水感及ビ記憶障礙アリ。尙發病來漸次月經停止シ且ツ全身肥滿シ來レリト云フ。

現症: 1) 兩側視神經ノ二次的萎縮即チ高度ノ腦壓亢進症狀, 2) 右ノ III, VII, X, XII 腦神經不全麻痺, 3) 輕度ノ左側小腦症狀(即チ左上肢ノ失調症, 筋緊張低下及ビ水平性Nystagmus), 4) 中腦ヨリHypothalamusヘカケテノ症狀(嗜眠, 肥胖症, 無月經)。

如何ナル部位ニ腫瘍アリト考フベキデアラウカ。コノ例デ注目スベキハ腦神經麻痺ト小腦症狀トガ反對側ニ現ハレテ居ル事デアル。普通ノ小腦腫瘍又ハ隅角腫瘍デハ兩者同側ニ現ハレル。ソレデ兩者ガ側ヲ異ニスル爲ニハ如何シテモ中腦部ニ病變アリト考ヘネバナラス。何トナレバ小腦ヨリノ遠心纖維ハ他側ノ赤核ヘ走ルカラデアル。併シ中腦腫瘍(Gliom = 腦腫)ハコノ年齡デハ比較的稀デアルシ, 又腦神經麻痺ガ1側ダケニ現ハレルコトハ少イ。ソレデ寧ろ第III 腦室後部右寄りノ腫瘍ト考ヘソレガ中腦部ヲ壓迫シテ居ルト考ヘルノガ, 總テノ症狀ヲ説明スルニ最モ便利ナ様ニ思ハレタ。併シ確實ナ局所診斷ハ Ventrikulographie = 依ラネバナラナカッタ。Ventrikulogramm デハ高度ノ腦内水腫ガアツテ側腦室及ビ第III 腦室ハ強ク擴大シテ居ル。ジルビー導水管ハソノ起始部ダケガ擴大シテ居テ, ソレカラ急ニ狹窄ノ狀態トナリ以下第IV 腦室迄ゴク弱ク細クシカ現出サレテ居ナイ。之ハ小腦腫瘍特ニ蟲部ヨリ發生シタ腫瘍ノ時ノ所見デアル。ソレデコノ例ノ經過ガ非常ニ長イ事ヲ考ヘテ先ヅ Astrocytom デアラウ。或ハ Haemangioblastom デアルカモ知レヌト想像シタ。

手術(昭和13年10/IV): 後頭下開頭, 小腦扁桃部ガ強ク大後頭孔内ヘ嵌頓シテ居ル事カラ後頭蓋窩ニ何カ腫瘍ガアル筈ダト考ヘテアチコチヘ穿刺シタリ, 隅角部ヲ檢シタリシテ見タガ遂ニ何處ニモ腫瘍ヲシキモノヲ見出し得ナカッタ。少クトモ豫期シタ Astrocytom 乃至 Haemangioblastom ノ如キ囊腫性ノ腫瘍ハ認メ得ナカッタノデアル。併シ Ventrikulogramm ノ所見ハ如何考ヘテモ腫瘍トセネバナラス。ソレデ之ハ小腦前寄りニ存在スル中實性ノ小サイ腫瘍デアラウ。多分 Velum medullare anterius アタリカラ發生シタモノデハアルマイカト考ヘルヨリ他ナカッタ。結局手術ハ減壓ダケノ手術ニ終ツタノデアル。

術後, 頭痛, Nystagmus, 對光反應等ハ多少輕快シタケレドモ, 大體ニ於テハ術前ト大差ナカッタ。ソノ中ニ咳ヲ喀出スルコトガ困難ナノデ(迷走神經麻痺)頑固ナ氣管支炎ヲ合併シタガ一般狀態ハ良好デアツタ。併シ38日ヨリ吸引性肺炎ノ症狀ヲ呈シ高熱ヲ發シ手術後44日目ニ死亡シタ。

剖檢デハ第IV 腦室前方部即チ Velum medullare anterius 部ニ拇指頭大ノ腫瘍アリ。青赤色ヲ呈シ小腦, 腦橋兩方ニ向ツテ浸潤性ニ移行シテ居ル。非常ニ血管ニ富ム腫瘍デアル。囊腫性デハナイ。

コノ部位ニハ前述ノ如ク Haemangioblastom ガ好發スル。之ハ Lindau 氏病ト云ハレルモノデ1ツノ系統疾患トシテ來リ, 網膜血管ニ血管腫様ノ變化ガアリ, 又腎, 睪, 肝等ニ囊腫性ノ變化ヲ伴フト云ハレル。第IV 腦室ノ Haemangioblastom 自己モ通常囊腫性デ strohgelb ノ液ヲ容レ, ソノ内壁ノ一部ニ小サナ赤色ノ中實性腫瘍ガ存在シ, ソレガ組織學的ニ Haemangioblastom ナノデアル。本例ハ囊腫性デハナイケレドモ肉眼的ニ如何ニモ血管ニ富ムデ居ル恰好カラ見テ, Haemangioblastom デハナイカト考ヘタガ, 組織標本ハ Haemangioblastom デハナクテ Haemangiom デアツタ。又剖檢デ他ノ臟器ニハ囊腫性ノ變化ハナカッタシ, 生前網膜ニモ血管腫様ノ變化ハ認メラレナカッタ。

以上兩例＝ツイテ見ル＝第1例ハ第IV腦室ノ尾方部ヨリ發生シタ腫瘍デアリ、第2例ハソノ前方部即チ頭方部ヨリ發生シタ腫瘍デアツタガ、兩例トモ神經學的變化ハ甚ダ不統一デ、説明＝困難ヲ感ゼシメルモノガアリ、診斷ハ Ventrikulographie ニヨツテ始メテ決定セラレタノデアル。第IV腦室腫瘍デモ大キケレバ、モツト「ハツキリ」シタ症狀ヲ呈スルモノデアルガ、腫瘍ガ小サクテ Liquor ノ通路閉鎖ガ主ナ障礙デアツタ爲ニ、コノ様ナ曖昧ナ症狀ヲ呈シタモノト思ハレル。第IV腦室＝限ラズ第III腦室デモ側腦室デモ腦室内腫瘍ノ神經學的症狀ハ一般ニ甚ダ不統一デ、Ventrikulographie ニヨツテ始メテ診斷サレル場合ガ多イノデアル。

Kausalgie ＝就テ

荒 木 千 里 (京都外科集談會昭和13年10月例會所演)

今次事變ノ戰傷患者ニ見ラレル神經鈍傷後ノ疼痛ハ何レモ Kausalgie ＝屬スルモノデアル。從來 Kausalgie ノ症候トシテ記載サレテ居ル所ハ次ノ如クデアル。

疼痛ハ突然ニ、爆發的ニ而モ最大ノ強サデ起ル。小ナル刺戟ダカラ疼痛ガ弱ク、大ナル刺戟ダカラ疼痛ガ強イト云フノデハナイ。刺戟ノ大小ニ拘ラズ最大ノ疼痛ヲ起ス。即チ Alles od. Nichts ノ法則ニ依ツテ起ルノデアル。此疼痛ハ單ニ痛イト云フノミデナク極メテ不愉快ナ性質ノモノデ且ツ疼痛ノ後ビキ (Nachdauer) ガ長ク、又廣ク放射スル傾向ヲ有スル。且ツ疼痛ノ部位判斷ガ不充分デアル。疼痛ハ何部カラ一見何等ノ刺戟ヲモ受ケナクテ、即チ spontan ニ起ルコトモアルガ、多クハ外界ノ刺戟ニヨツテ起ル。ソレハ普通ノ痛覺刺戟トナルモノハ勿論ノコト、一寸皮膚ニ觸レルトカ又ハ單ニ乾燥シタ暖カイ空氣ニ觸レルトカ云フ様ナ輕イ刺戟デモ疼痛ガ起ル。從ツテ Kausalgie ノ患者ハ受傷神經領域ノ皮膚ニ冷罫法ヲヤツテ居ルノガ特有デアル。斯ル刺戟ハ受傷神經領域ニ加ヘラレタ場合ノミナラズ、受傷部ト全然關係ノナイ身體ノ如何ナル部分ニ加ヘラレテモ疼痛ガ起ル。即チ頭髮ニ觸レルトカ、風ガ吹クトカ、「ベツト」ノ端ニ觸レルトカ云フ様ナ事デ疼痛ガ起ルノミナラズ、雜音ヤ咳拂ヒガ聞エルトカ、強イ光ガ射ストカ云フ様ナコトニヨツテモ疼痛ヲ起スノデアル。

Kausalgie ハコノ様ナ疼痛ノ他ニ植物神經領域ニ於ケル刺戟症狀ヲ伴ツテ居ルコトガ特有デアル。即チ動脈性充血或ハ Cyanose 又ハ局所貧血等ノ如キ血行異常、發汗過多乃至發汗過少、Hyperkeratosis、毛髮過多 (Hypertrichie) 或ハ glossy skin、ヘルペス様發疹、爪發育異常等デアル。

此等ノ症候群ハ受傷後一定ノ時日ヲ經過シテカラ起リ、4—6ヶ月デ最大ニ達シ、其以後漸次輕快スルノガ普通ト云ハレル。又斯ル Kausalgie ガ起ルノハ神經ガ完全ニ切り離サレタ場合デナク、連絡ガ保タレテ居ル場合ニ多イ。從ツテ運動麻痺、知覺麻痺ヲ全然伴ハナイ事モアル。併シ一般的ニ云ヘバ知覺ガ多少侵サレテ居ル位ノ時ニ最モ Kausalgie ガ起リ易イ。ドノ神經デモ同程度ニ起ル譯デハナク、一番起リ易イノハ正中神經ト坐骨神經トデアル。

ソコデ如何ニシテ斯ル疼痛ガ起ルカト云フノニ、之ヲ普通ノ知覺神經性疼痛ト考ヘル Foerster ノ説明モ理論の根據ヲモツタモノデハアルガ、一般ニハ交感神經性ノ疼痛ト考ヘラレル。

Foerster ノ考ヘハ痛覺ニ關スル彼ノ理論體系カラ出テ居ルモノデ次ノ如ク説クノデアル。

1 ヲ脊髓節 (Spinalsegment) ニ屬スル後角ハ1 ヲ機能性單位ヲナシテ居ル。例ヘバ1 ヲ Dermatome 内ノ一點ヲ持續的ニ刺戟シテ居ルトソノ Dermatome 全體ガ痛覺過敏 (hyperalgetisch) トナル。之ハソノ一點ヨリ來ル刺戟ノ持續的 Strom ニ對シテ、ソノ一點ニ對應スル後角神經細胞ガ亢奮スルノミナラズ、其後角ガ全體トシテ亢奮スル結果デアル。斯ク考ヘルコトニヨツテ Head 氏帶其他ノ現象ガ説明サレル。夫ト同ジ様ニ Thalamus モ1 ヲ機能性單位ヲナシテ居ル。1 ヲ末梢ヨリ來ル刺戟ノ持續的 Strom ニ對シテ當該神經細胞ノミデナク Thalamus 全體トシテ亢奮スルノデアル。Thalamus ニハ全身ノ總テノ知覺纖維ガ集合

シテ居ルカラ、身體ノ任意ノ部分カラノ知覺刺激ガコノ『全體トシテ異常亢奮ノ状態ニアル』Thalamusヘ傳ヘラレルト、日頃持續的ニ疼痛刺激ヲ與ヘテ居ル所ノ神經損傷部位ノ疼痛ヲ誘發スル事ニナルノデアル。

斯ノ如キ後角乃至Thalamusノ異常亢奮ヲ惹起スル機轉ハ神經損傷部位ニ於ケル持續的刺激ノミデハナイ。1ツノ缺陷症狀トシテモ之等ノ部位ニ於ケル亢奮ガ惹起サレル。即チ觸覺、溫覺、深部感覺ノ如キ affektiv デナイ感覺、之ヲ perceptorisch-epikritische Empfindungen ト云フガ、之ガ affektiv ナ感覺デアル痛覺ニ對シテ正常的ニ moderierend (調節緩和的)ニ作用シテ居ル。其爲ニ此等ノ感覺ガ喪失スルト Schmerzsysetm トシテノ後角乃至Thalamusノ亢奮性ガ高マツテ痛覺過敏ノ状態ガ起ル。脊髄後索ノ病變ニヨツテ當該 Dermatomeニ痛覺過敏ガ現ハレルノハコノ爲デアル。Kausalgieガ起ルノハ末梢神經ノ不全損傷ノ場合ニ多イカラ、抵抗ノ強イ痛覺ノミガ保存サレ他ノ perceptorisch-epikritisch ノ感覺ハ喪失シテ居ル事ガ多イ。從ツテソノ意味カラモThalamusノ異常亢奮ガ起ルト云フノデアル。何レニセヨThalamusニ斯様ナ異常亢奮ノ状態ヲ招來スル事ガ Kausalgie 發生ノ必要條件ト云フ事ニナルノデアル。

Kausalgieノ際疼痛ノ他ニ色々交感神經症狀ガ起ルノハ損傷神經部ニ於テソノ中ヲ走ル遠心性乃至求心性交感神經ガ直接ニ或ハ反射的ニ刺激サレル結果デアルト考ヘル。

Faersterニ反シテ Kausalgieヲ交感神經性障碍ト考ヘル最有力者ハ Leriche デアル。彼ハ Kausalgie 症候群ハ syndrome vaso-moteur et trophique デアツテ、此際ノ疼痛ハ損傷神經内ノ痛覺纖維ガ刺激サレテ起ルモノデハナク、ソレハ vasodilatation ノ疼痛デアル。疼痛ハ其際同時ニ有スル glossy skin、爪ノ變化、異常發汗、筋緊張低下、血行ノ變化ナドト同列ナ1ツノ症狀ニ過ギナイ、即チ troubles vaso-moteurs ノ1ツノ elementニ過ギナイノデ、疼痛ノミガ特別ナモノデハナイト云フノデアル。冷卷法ガ良イト云フノモ夫ガ皮膚ノ血管ヲ收縮サスカラデ、又身體他部ノ刺激カラデモ疼痛ガ起ルノハソノ様ナ刺激ニヨツテ全身ノ血管系ヲ收縮サスカラダト説明スル。從ツテ Kausalgieハ神經ノ損傷ノミデナク、血管損傷デモ起ルシ、又單ニ皮下結締織ノ損傷ノミデモ起ル。又何モ鈍傷ニ限ラズ日常ノ外傷ニヨツテモ起ル。從ツテ膽、輸尿管、直腸等ノ Kausalgieモアル。又外傷直後ニデモ Kausalgieハ成立シ得ルト云フ。

要スルニ Lericheニヨレバ Kausalgieハ一定ノ解剖學的變化ニ基イテ起ルモノデハナク une maladie fonctionelle デ皮下結締織、筋、血管、神經等何處ノ損傷カラデモ反射的ニ起リ得ル所ノ troubles vaso-moteurs ト考ヘルノデアル。從ツテ療法トシテモ、コノ病的反射ノ根原デアル損傷部位ヲ切除スルコトガ最も根治的方法デアルガ、(コレハ Foersterデモ同様)其他ニ交感神經手術即チ動脈外圍交感神經切除乃至交感神經索切除(之ハ疼痛輕減ノ目的デハ Foerster 說ニヨレバ問題トハナラス)ガ有效ト云フ事ニナルノデアル。

神經創傷ノ患者ガ全部 Kausalgieヲ起ス譯デハナイ。何故ニ斯ル個人的差異ガ起ルカ? Lericheニヨレバ交感神経系ノ反應ハ本來個人的ニ異ルモノデアルカラ Kausalgie 發生ニツイテモ當然差異ガアルノダト云フ。FoersterハThalamusノ亢奮度ハ大脳皮質及ビ線狀體ヨリ抑制作用ヲ受ケル。ソノ抑制作用ノ程度ガ個人ニヨツテ非常ニ違フ。從ツテ Kausalgieノ起ル人ト然ラザルモノトガ出來ルト説明スル。

下顎綠色腫ノ1例

森 欣 一 (京都外科集談會昭和13年9月例會所演)

患者: 7歳, 女児

主訴: 右側下顎部ノ無痛性腫脹

現病歴: 昭和11年12月頃ニ右下顎部ガ瀰漫性ニ腫脹スルノニ氣付イタ。何等苦痛ノナイ儘放置シタ所、本

年3月頃ヨリ次第は大イサヲ増シタ。全く無痛デ咀嚼及ビ談話ニ際シテ障害ヲ認メヌ。機嫌ハ良好。

一般所見：體格中等，榮養佳良，皮膚，可視粘膜ニ貧血ヲ認メヌ。脈搏緊張良，整正，1分時80。頸部淋巴腺ニ腫脹ヲ認メヌ。肋骨，胸骨ニ變化ナク，臟器ニ異常ナク，脊柱及ビ四肢ニ異常ナシ。

局所所見：下顎骨ヲ除ク他ハ頭部，顔面ハ左右對稱，眼球ノ異常ナク視力障害，難聴，咀嚼障害，發音障害等ヲ認メヌ。視診上右側下顎部ハ瀰漫性ニ著シク腫脹シ右頬ガ下垂セル如キ觀ヲ呈シテ居ルガ，皮膚色變化，靜脈怒張，搏動ヲ證明セヌ。口腔内ニテ腫瘍ハ右側下顎隅部ヲ中心トシテ前ハ第 I 小白齒，後方ハ顎關節ニ及ビ其ノ部ノ粘膜ニ浮腫，發赤ヲ認メヌ。觸診上ノ腫瘍ハ約小兒手拳大，健康部トノ境界ハ比較的鮮明，局所熱感ナク，外側ハ平滑，口腔側ハ凸凹數個アリ，骨樣硬，羊皮紙樣捻髮音ヲ證明セズ。壓痛モ無イ。皮膚及ビ粘膜ハ腫瘍ヨリ良ク移動セシメ得。齒牙ハ右側ハ左側ニ比シ稍々外方ニ向ヒ，右第 II 大白齒ヲ僅カニ動カシ得ル他ハ動搖セズ。

諸検査：1) 尿検査異常無シ。2) 血液検査，赤血球數520万，血色素量60% (Sahli)，白血球數7000，血液像中性多核白血球55%，淋巴球40%，大單核及ビ移行型5%，他ニ骨髓細胞等ヲ證明セズ。

診斷：腫瘍ハ大體慢性ノ經過ヲトリ，骨樣硬デ羊皮紙樣捻髮音ヲ證明セズ，腫瘍部ニ於テ齒牙ノ動搖ヲ見ナイコト等ヨリ，珙癰腫ト診斷サレタ。レ線學的ニハ，1) 腫瘍部像ニハ下顎骨ノ輪廓ヲ存シ，ソノ外部ニ異常陰影ガアリ，2) 頤ヨリ下顎枝ニ至ル間，下顎骨自體骨影像ガ wolkig，ソノ周縁モ異常陰影ト癒合シテ不鮮明，下顎骨管ハ右側ニ現レズ，3) 頤ノ右方 1cm ヨリ下顎隅ニ至ル迄 2mm ノ2本ノ平行線狀陰影アリ，之ニ棘狀像ガアル。

之ニヨリ 1) 腫瘍ハ實質性ニシテ化骨形成ヲ伴ヒ，2) 浸潤性ニ擴大シ，即チ化骨形成ヲ伴フ肉腫ト考ヘラレタ。

試験切片切除：臨牀所見トレ線學的所見ト一致セヌ故ニ昭和13年7月2日試験切片ノ切除ヲ行ツタ。骨膜及ビ骨皮質部ハ肥厚シ且ツ軟ク，骨髓ハ實質性デ之等ヲ刀ヲ以テ容易ニ一部切除シ得タ。此際骨髓ヨリノ出血ノ甚ダ少カッタコトガ特異デアアル。

組織學的検査ヲナスニ腫瘍細胞ハ小圓形細胞肉腫ニ酷似スルモ骨梁ノ破壊ハ見ラレズ，寧ロ骨梁間ヲ縫ツテ増生シツヽアルベキ態度ヲ示シテ居ル。

試験切片切除創ハ化膿シ膿ニ黃色葡萄狀球菌ヲ證明シタ。7月12日第2回血液検査ヲシタ所，赤血球數475万，血色素量71% (Sahli)，白血球數7200，中性多核白血球54%，淋巴球42%，他ニ骨髓細胞ヲ證明セズ。其後1ヶ月ノ經過中，腫瘍ハ下方ニ向ツテ稍々大キクナツタガ，手術創ノ肉芽面ハ fungös デハナク，此ノ部ヨリ腫瘍ガ特ニ悪性ニ發育スル模様ハ認メラレナイ。其處デ下顎ノ補整の半側切除術ヲ行フベク，豫メ反對側ニ Martin 氏滑面板ヲ裝置シタ，Pichler 氏ノ所謂切除義齒ヲ調製シ，8月27日(第57日!)右側下顎骨ノ離斷術ヲ行ツタ。

手術所見：下顎骨ヲ下顎冠狀突起ヨリ正中線マデ周圍組織ヨリ遊離シタ際ニ咬筋ノ下顎骨附着部ガ稍々綠褐色ニ變色セルヲ認メタ。右下顎骨ハ頤ノ 1cm 右方ヨリ顎關節ニ至ル迄ノ瀰漫性ニホバ小兒手拳大ニ腫脹シ骨膜ハ肥厚シ脆ク，之ヲ正中線ニテ切斷シ，下顎關節ニテ離斷シ，豫メ用意セル Pichler 氏ノ所謂切除義齒ヲ嵌入シ，連絡裝置ヲ左側下顎ノ齒牙ニ固定シタ。此時一般所見ハ險惡トナリ(主トシテ吸氣困難)皮膚縫合後間モ無ク鬼籍ニ入ツタ。

剔出標本：右下顎骨ハ約小兒手拳大ニ腫脹シ，表面稍々凹凸不整且ツ粗糙，骨膜ハ著明ニ肥厚シ脆ク，但シ何處ニモ骨膜ヲ破ツテ發生セル所ハ認メラナレタ。剖面デハ腫瘍ハ expansiv ニ擴リ，手術當日ハ鮮明ナル草綠色ヲ呈シ，内ニ縱横ニ走ル骨櫛ヲ見タ。即チ綠色腫 (Chlorom) デアル。

考察：本例ハ臨牀上良性珙癰腫ト診斷サレ，レ線及ビ組織學的検査デハ悪性ナル肉腫ヲ疑ハシメル所見ガアツタガ，試験切片切除後此ノ切除創ニテ腫瘍ガ特ニ増生モセズ肉腫トハ考ヘラレズ，之ヲ良性腫瘍トシテ Pichler 氏ノ所謂切除義齒ヲ應用セル下顎片側離斷術ヲ行ヒ，切除

腫瘍ノ剖面ヲ見テ始メテ之ガ綠色腫デアルコトヲ知ツテ、上記ノ矛盾ヲ氷解シ得タ。

本例ハ剖檢上、脾、肝、胸腺、長骨及ヒ短骨ノ骨髓、淋巴腺等ニ何等病的變化ヲ認メラズ、且ツ末梢血液乃至骨髓血液像ニ變化ノ無カツタ例デ、單ニ右下顎骨ニ局限シタ骨髓性細胞ヨリナル綠色腫デアル。從ツテ

1) 從來綠色腫ハ一定ノ全身性系統疾患デアル故ニ、單ニ現レタダケノモノヲ外科的ニ切除スルノハ無意味デアルトイハレテ居タ。本例ハ不幸ニシテ鬼籍ニ入ツタガ、綠色腫ト雖モ早期ニ切除スルハ意義ノアルコトヲ示スモノデアル。

2) 綠色腫ハ嘗テハ淋巴性ノモノモアルカノ如ク考ヘラレテキタガ Oxydase 反應其他ニ依ツテ現在ハ一般ニ之ガ凡テ骨髓性細胞ヨリナルモノデアルコトガ認メラレテ居ル。此際本例ノ病的變化單ニ下顎局所ニ止マレル事ハ之ガ一定ノ系統的疾患ニ非ザル事ヲ示スモノデアツテ、從來指摘サレタル白血病トノ關係ハ二次的ノモノニスギナイノデアロウト考ヘラレル。

3) 文獻ヲ檢索スルニ綠色腫ハ側頭部ニ發生シテ、臨牀上蛙顔ヲ呈シ來ルモノガ其ノ大多數デ、本例ノ如ク下顎ニ於ケル發生ハ珍奇ナル Chlorom 中ノ特ニ珍奇ナル 1 例デアル。

レ線像影劑ニ依ル寒性膿瘍原發竈ノ追及

村 上 治 朗 (京都外科集談會昭和13年10月例會所演)

第1例

患者：谷○行○，19歳，男子

主訴：右鼠蹊部ノ無痛性腫脹

現病歴：本年5月中旬頃右鼠蹊部ニ無痛性腫脹ガアルニ氣附イタガ、其ノ後次第ニ大キサヲ増シテ今日ニ及ンダ。

既往歴：5年前ヨリ結核性膿胸並ニ結核性副睾丸炎ヲ病ンデ居ル。

局所所見：右鼠蹊部ニ瀰漫性腫脹ヲ認メル。ブーパルト氏靱帶上ニ其長軸ヲ乗セタ紡錘形デ而モ超鶯卵大。表面ハ平滑デ靜脈怒張、發赤、局所溫度上昇等ヲ認メナイ。凡テノ方向ニ波動ヲ證明スルガ、壓痛、壓迫境界、被壓縮性ヲ證明シ得ナイ。

全身所見：脊柱ニ彎曲、壓痛、龜背、強直、叩打痛アル部ヲ證明シナイ。ソノ他本疾患ニ直接關聯シタト思ハレル所見ハナイ。

診斷：流注膿瘍。但シ臨牀的ニハ原發竈ヲ證明シ得ナカツタ。

レ線検査：脊柱ヲ ventrodorsal ニ撮影シテミルト、第Ⅰ薦椎横突起(右側)ニ輕度ノ石灰消失像ガ認メラレル以外、何處ニモ骨ノ破壊トカ、萎縮、壓縮、椎間板間隙狹小等確實ニ骨結核ト診斷シ得ル所見ハ認メラレナカツタ。此處ニ於テ穿刺ニ依リ約15㏍ノ寒性膿ヲ排除シ、Moljodol 15㏍ヲ注入シテ、24時間後レ線撮影ヲナスト Moljodol ノ上端ハマサニ第Ⅰ薦椎横突起ニ達シテ居タ。即チ寒性膿瘍ノ原發竈ハ此部ナリト理解サレタノデアル。

手術：7月5日手術ヲ行ツテミルト先ニ Moljodol 注入ニヨツテ原發竈ナリト理解サレタ部ノ骨ハ破壊サレテ居テ、而モ腐骨ノ存在シテ居ルコトヲ認メタノデ、此部ヲ充分ニ abmeisseln シ、手術ヲ終ツタ。

術後経過：手術創ハ第Ⅰ期治癒ヲ示シ、術後2ヶ月以上ニナルガ再發シナイ。

第2例

患者：鍋○三○，17歳，男子

主訴：右胸側ノ無痛性腫脹

現病歴：4ヶ月前右胸側デ脊柱ニ近ク無痛性腫脹ガアルノニ氣附イタガ、其後次第ニ大キサヲ増シテ今日ニ及ンダ。

前病歴：2歳ノ頃肋膜炎ト思ハレル疾患ヲ病シタト云フ。

局所所見：右胸側ニ瀰漫性ノ腫脹ガアリ、左端ハ第 XII 胸椎、第 I 腰椎ノ部デ正中線ヲ約 3 横指越エテ小兒頭大。表面平滑、發赤、浮腫、局所熱感ヲ證明シナイ。凡テノ方向ニ波動ヲ證明スルガ、壓迫示界ヲ證明シ得ナイ。辛ジテ輕度ノ壓縮性ガアル様ニ思ハレル。第 XI 肋骨ハ腫脹部ノ右端ヨリ後腋窩線ニカケテ稍々膨大シ、壓痛ヲ證明シタ。脊柱デハ第 XII 胸椎ニ叩打痛ヲ證明シ、夫ヲ中心ニ強直ヲ認メタ。龜背ハ證明シナイ。

全身所見：胸部ハ打診、聽診共ニ著變ヲ認メナイ。

診斷：寒性膿瘍。但シ原發竈ハ胸椎ナリヤ肋骨周圍ナリヤハ臨床的ニ明瞭デハナカツタ。

ニ線検査：單純撮影デ肋骨並ニ脊椎ノ何處ニモ結核性病竈ト思ハレルモノヲ見出シ得ナカツタ。ソコデ穿刺ニヨツテ約 10 匁ノ膿ヲ排除シタ後、Moljodol 10 匁ヲ注入シテ、24 時間後ニニ線撮影ヲ行ツタ。スルト膿瘍經路ハ外上方ニ向ヒ、第 XI 肋骨ニ接シテ了ツテ居タ。即チコノ寒性膿瘍ノ原發竈ハ脊椎デナク肋骨ノ周圍デアルト理解サレタ。

手術ノ結果果シテ膿瘍ハ第 XI, XII 肋骨ヲ圍ンデ居テ所謂 Pericostaltuberculose デ脊椎トハ全ク無關係デアルコトヲ知ツタ。

考察：臨床的ニモニ線單純撮影デモ原發竈ガ明カデナカツタ 2 例ノ寒性膿瘍ニ穿刺排除後造影劑 Moljodol ヲ注入シテ、ソノ進行經路ニヨツテ、原發竈ヲ手術前ニ豫メ知ルコトガ出來タ。本法ハ別ニ新シイ方法デハナイガ、極メテ簡單ニ行ヒ得テ而モ手術方針ヲ決メル際ニハ重大ナ立脚點トナリ得ル故ニ今後尙一層診斷ニ利用サレナケレバナラナイモノト考ヘルノdeal。

流注膿瘍ヲ思ハシメタル筋炎ノ 1 例

辰 巳 幹 (京都外科集談會昭和 13 年 10 月例會所演)

患者：2 歳 10 ヶ月、男兒

主訴：右肋骨弓下ノ無痛性腫脹

既往症、家族歴：特記スベキモノナシ。

現病歴：約 2 週間前ニ腹部ニ自發痛ヲ訴ヘ、蛔蟲ヲ 1 條糞便ト共ニ排出シ、腹痛モ無クナツタ様デアツタガ、約 1 週間前ニ右肋骨弓下ニ鶏卵大ノ腫脹ノアルニ氣付キタリ。自發痛ハ左程無キモノノ如キモ他人ノ之ニ觸レルコトヲ嫌ヒ、又歩行スル時、體ヲ右側即患側ニ曲ゲ。安靜狀態デハ自發痛ヲ全ク訴ヘズ。發病來元氣ナクナリ、著シク瘦セタ。體溫上昇ニハ注意セズ。食欲良好、睡眠普通、便通 1 日 1 行。

現症：身長、骨骼、發育尋常、榮養ヤハ衰ヘ、顔色蒼白、眼瞼結膜貧血性。口腔ニ變化ナク、胸、腹部臓器ニ著變ヲ認メズ。局所ヲ視ルト、右肋骨弓下ニテ右鎖骨中線上ニ鶏卵大ノ腫脹アリ。皮膚ノ發赤、浮腫、靜脈怒張、表面ノ凹凸不整、搏動性運動等ハ認メズ。觸診スルニ、熱感ナク、腫痛モ無キ様deal。緊張彈性デアツテ波動ヲ證明スル。腫脹ノ境界ハ鮮明デ上ハ右肋骨弓ニ接シ、内側ハ臍ノ外側 3 横指ナリ。特ニ強イ硬結モ證明セズ。壓迫示界法陽性、即チ壓迫スルニ腫脹ノ境界ガ鮮明トナル。皮膚ハ移動シ得ルモ、基底トハ移動セズ。白血球數 20200 ニシテ明カナル白血球增多ヲ示シ居ルモ、中性多核白血球 42%、淋巴球 46% ニシテ中性多核白血球增多モ淋巴球增多ヲモ示サズ。尿モ特記スベキコトナシ。

診斷：以上ノ所見ニ依リ臨床ニ急性炎症ノ症候ハ全クナク、流注膿瘍ト診斷ス。

手術所見：腫瘍ノ下緣ニ平行ニ 8 匁ノ弧狀皮切ニテ皮下脂肪綫ヲ切開シ、先ヅ腫瘍ノ下緣ヲ視ルニ、外斜腹筋膜ノ半球狀ニ膨起スルヲ認ム。該筋膜ト皮下脂肪綫トノ間ヲ鈍性ニ剝離シ、腫瘍ノ上面ヲ露出シ、之ニ

横切ヲ加ヘ、外斜腹筋膜及ヒ外斜腹筋ヲ切開スルニ、肥厚セル醗膜ニテ固マレタル鶏卵大ノ膿瘍腔アリ。中ヨリ粘稠ナル灰黄色均等性ニシテ血液ヲ混ゼル膿約30匁ヲ排出ス。基底部ノ醗膜ハ内斜腹筋膜ト鞏固ニ癒着シ出血シ易シ。原發竈ヲ索メタレド、深部ニ通ズル瘻孔、骨膜ノ剝離セル肋骨等ヲ見出ス能ハズ、隣接肋骨弓ノ部分モ全ク膿瘍腔ト無關係ナリ。醗膜ハ出來ル限リ之ヲ除去シ、底部ニテハ、内面ノ肉芽組織ヲ充分ニ搔爬シ、手術創ヲ閉ジ、流注膿瘍トシテノ一切ノ手術操作ヲ終ル。

攝取セル膿ヲ寒天並ビニ肉汁ニ培養シ24時間後之ヲ檢スルニ、白色醗膿性葡萄狀球菌ノ存在ヲ確カメ得タリ。蛋白溶解酵素ハ明カニ證明シ得ザリキ。

術後経過：術後1日目33°Cノ稽留熱ヲ來ス。局所ハ發赤、熱感ナク、壓痛モ左程ナキモノ、如キモ、浮腫ヲ明カニ認メ得タリ。仍テ熱性膿瘍ニ非ザリシヤトノ疑ヲ起サシム。

術後2日目、午後38°C近クノ體溫上昇アリシモ食欲ヤ、良好、一般狀態モ可良トナル。

術後3日目、體溫上昇最高37.3°C、脈搏、呼吸數共ニ正常トナリタルモ、局所ノ浮腫更ニ加ハリタルヲ以テ、皮膚縫合創ヲ哆開セシメタルニ、粘稠、黄褐色、均等性ノ膿汁ヲ多量ニ出セリ。

術後6日目、赤血球沈降速度ヲ檢スルニ、中等値88耗ヲ得。5000倍「アルトツベルクリン」液ニテマンロー氏反應ヲ試ミタルモ陰性ナリ。血液検査ヲナシタルニ術前ニ比シ、ヤ、良好ナル結果ヲ得タルノミニシテ、淋巴球增多、中性多核白血球增多ハ認メラレズ。尿中ノ糖ハ證明シ得ズ。

考察：本例ニ於テ寒性膿瘍ニ相當スル點ハ、臨床上急性炎症ノ症狀ヲ缺クコト、赤血球沈降速度ノ促進及ビ膿瘍ガ内外斜腹筋膜間ニ局限セルコトナリ。熱性膿瘍ニ相當スル點ハ、粘稠ナル均等性膿汁ヲ得、原發竈ヲ求メ得ザリシコト、膿中ヨリ培養上白色醗膿性葡萄狀球菌ヲ證明セルコト等ナリ。蛋白質溶解反應ノ不鮮明、血液像ガ中性多核白血球增多或ハ淋巴球增多ヲ示サザル點ハ、熱性膿瘍トモ寒性膿瘍トモ遽カニ云ヒ難シ。寒性膿瘍ノ感染シタルモノト考ヘ得ザルニ非ザルモ、患者ハ試驗的穿刺ヲ受ケタル事ナク、最近口峽炎ヲ罹患セル事ナク、又外傷モナキ様デアル爲メ之ハ考ヘラレナイ。

熱性膿瘍ニシテ、寒性膿瘍ノ如ク思ハシムル場合アリ。即チ其ノ病原菌ノ毒性ノ比較的微弱ナル時、或ハ組織ノ反應ノ微弱ナル時等ニシテ斯ル場合ハ寒性膿瘍トノ鑑別ハ困難ナリ。特ニ此ノ患者ノ如ク2歳10ヶ月位ノ小兒ニ於テハ、炎症ニ對シテ組織ノ反應ガ毎常發赤、熱感、劇烈ナル自發痛並ビニ壓痛トシテ顯現サレルモノトハ限ラナイ。

更ニ又斯ノ如キ幼弱ナル患者ニ於テ、結核性疾患ヲ完全ニ除外スルハ、「ツベルクリン」診斷法ヲ措イテ他ニ無シ。本例ニ於テハ5000倍ノ「アルトツベルクリン」液ニ依ルマンロー氏反應ハ陰性ヲ示シ、更ニ1000倍ノ溶液ヲ用ヒテモ陰性デアツタ。之等ノ點ヨリシテ本患者ノ膿瘍ハ明カニ熱性ノモノデアツタト考ヘラレル。

小兒特ニ榮養ノ可良ナラザルモノニ於テハ臨床上、急性炎症ノ症候ガ缺如シ、一見宛カモ寒性膿瘍ノ如キ熱性膿瘍モアルコトヲ念頭ニ置キ、幼兒ニ就キ寒性膿瘍ノ診斷ヲ下サントスルニ際シテハ十分精細ニ諸種ノ検査ヲ遂行スル必要ガアル。

Pneumatosis cystoides intestinalisニ於ケル1知見

森 欣 一 (京都外科集談會昭和13年10月例會所演)

患者：61歳、男

主訴：食後心窩部疼痛及ビ嘔吐

現病歴：45歳頃(今ヨリ16年前)カラ空腹時ニ上腹部ニ劇シイ疼痛ガ起リ食事ヲスルト直チニソノ疼痛ガ去ルノヲ通例トシテ居ル。當時嘔吐、嘔氣等ハ無カツタ。

49歳(今ヨリ11年前)10月ニ食後多量ノ嘔吐アリ、ソノ嘔吐物ニハ珈琲殘滓様ノ物ヲ混ジテ居タ。約2ヶ月ノ安靜ニヨリ治癒シタ。之ニ引キ續キ食後心窩部ガ膨滿シ嘔氣アリ時々蠕動不穩ガアル。

55歳(6年前)前同ト同様ノ嘔吐ガアリ、約1ヶ月ノ安靜加療ニヨリ治癒シタガソノ頃カラ毎常食後心窩部ノ膨滿感及ビ嘔氣ツヨク、且ツ不快感ノ爲指ニテ白ラ嘔吐シ、嘔吐スレバソノ苦痛ハ去ルノヲ常トスル。又著シク體重ヲ減少シタ。

一般所見：體格中等。榮養衰ヘ皮膚可視粘膜ニ輕度ノ貧血ヲ認ム。著シキ口内惡臭アリ。頸部、鎖骨上部ノ淋巴腺腫脹ヲ認メズ。肺、心ニ異常ナシ。

局處所見：上腹部稍々膨滿シ時々左上腹部ヨリ右季肋部ニ向ツテ走ル蠕動波ガ認メラレ、ソノ際患者ハ不快感及ビ疼痛ヲ訴ヘル。肝臟濁音界ハ全ク消失シ、腹部ハ一般ニ鼓音ヲ呈ス。上腹部ヨリ右季肋部ニ互リ僅カニ抵抗アリ、右乳線ニ肋肋骨弓下3横指ノ所ニ限局セル著明ナ壓痛アリ。然シ腫瘤ハ觸レズ。

又心窩部ヲ壓スレバ「グル」音ガ發現シソレト共ニ患者ハ疼痛ヲ訴ヘル。ソノ他ニテハ腸雜音ハ異常無シ。

尿検査、血液検査：異常ナシ。

胃液検査：被檢液ニ凡テ食物殘滓アリ。酸性。遊離鹽酸ヲ證明シ、潛血反應ハ陰性、總酸度ハ45'ニ於テ46.5ガ最高デ胃酸過多ハ證明セズ。

レ線検査：1) 特發性氣腹アリ。2) 側面像ニテ腸表面ガ wolkig ナ所ガアル。3) 幽門ヨリ Bullus duodeni ニ互リ Schrumpfung ガアリ、且ツ幽門輪直上ノ小彎側ニ Ulcustras ヲ證明ス。

診斷：此等ノ所見ヨリ潰瘍ニヨル狹窄デ且ツ Pneumatosis cystoides intestinalis ヲ有スルモノト診斷サレタ。

手術所見：劍狀突起直下ヨリ臍上部マデノ皮切デ開腹。腹膜ニ變化ナク腹腔内ニ多少ノ瓦斯ハ存在シタレド音ヲタテ、噴出スル程度ナラズ。腹水ハ證明セズ。胃ハ著シク膨大下垂シ臍ノ3横指下ニ至リ、胃前壁ノ漿液膜面ニ變化ヲ認メズ。幽門竇部ノ小彎ヨリ幽門ヲ越エテ十二指腸ニ至ルマデ纖維索性、一部ハ纖維性ニ強ク後腹壁腹膜及ビ肝十二指腸靱帶ト癒着シ幽門部ノ漿液膜面ハ稍々灰白色ヲ呈シ瘢痕性ニ收縮シ胡桃大デ彈性硬、移動セシムルコトヲ得ズ。且ツ周圍ニ淋巴腺ノ腫脹スルモノナク大網膜ニ變化ナシ。即チ幽門狹窄、胃及ビ十二指腸周圍炎ノ所見ナリ。肝及ビ脾臓ニ變化ヲ認メズ。

腸：迴腸末端ヨリ 20cm ノ所ヨリ口側ニ 220cm ノ間 Pneumatosis cystoides intestinalis ヲ認ム。即チ迴腸末端ヨリ 20—30cm ノ間ハ單ニ subserös ノミニ存在シ、30cm ヲリ 220cm ノ間ハ或ハ subserös ニ、或ハ submusculärニ存在シ、漿液膜面ハ外ニ向ツテ囊狀ニ凸出シソノ大キサハ留針頭ヨリ拇指頭大ナリ。氣泡ハ主トシテ腸間膜附着部ノ反對側ニ多ク存在ス。觸診スレバ捻髮ヲ證明シ囊内容ハ全ク瓦斯ノミ。腸管ハ狹窄ヲ呈セル所ナク、又ニ癒着セル所ナク、他ノ漿液膜面ニハ異常ナシ。即チ典型的ノ Pneumatosis cystoides intestinalis ナリ。

囊狀氣泡壁ヲ一部切除シ直チニ肉汁、寒天培養ヲ行フ。幽門部切除ハ不可能ナノデ幽門竇ヨリ胃底ニ至ルマデ廣ク胃切除ヲ行ヒ、Treitz 氏靱帶ヨリ 10cm ノ所デ antiperistaltisch ニ後結腸胃空腸吻合ヲ行ツタ。

術後経過：順調デ2日目ヨリ粥食ヲ攝ツタガ惡心、嘔吐、上腹部膨滿感ナク全ク通過障礙ナシ。7日目抜糸第1期癒合。術後13日目ヨリ普通食。

胃液検査(術後20日目)、被檢液全體ニ遊離鹽酸ヲ認メ總酸度最高22.5デ低下シテ居ル。

レ線検査：(18日目)ニ於テハ吻合部ニハ通過障礙ナク、且ツ術前ニアツタ氣腹ハ全ク消失ス。

考察：1) 本例ハ特發性氣腹ガアツタガ此ノ場合胃腸管ノ穿孔トカ、瓦斯發生性細菌ニヨル腹膜炎ハ除外シ得ラレルシ、又氣腹ハ開腹手術後偶々見ラレルモノデアルガ本例ハ開腹手術ヲ受ケテ居ナイノデ、氣腹ヲ證明シタダケデ Pneumatosis ト診斷シタノデアル。

2) 空氣或ハ酸素 1500cc¹ヲ以テ氣腹ヲ行フ場合ソノ瓦斯ハ2,3日デ吸收サレルモノデアル。換言スレバ腹膜面ハ1日 100cc¹以上ノ瓦斯ヲ吸收シ得ルモノデアル。本例ニ於テ術前氣腹ガ證明サレタ事ハ腹膜面ヨリ吸收サレル以上ノ瓦斯ガ氣泡ヨリ腹腔内ヘ送り出サレテ居ルコトヲ意味スルモノデ換言スレバ Pneumatosis ハ進行性デアツタノデアル。トコロガ術後約4日間ハ氣腹ヲ證明シタガソノ後ハ肝臟濁音界モ現ハレ、術後18日目ノ検査デハ全ク氣腹ノ消失シテ居ルヲ認メタ。此ノ事實ハ Pneumatosis ハ進行ヲ止メタノデナクシテ Pneumatosis 自己モ退行即チ治癒ニ向ツタコトヲ示スモノデアル。

手術トシテハ此ノ Pneumatosis 自己ニハ何等ノ處置ヲシテ居ラヌガ、胃ニ對シ Resektion zur Ausschaltung¹ヲ行ツタ結果、潰瘍ノ安靜及ビ嘔吐ノ消散ダケデ Pneumatosis ガ治癒ニ向ツタト解釋シ得ルノデアル。

ソレ故ニ本例ニ於テハ胃カラ遠ク離レタ廻腸末端部ニ Pneumatosisハアツタガ、此ノ Pneumatosis¹ヲ起ス原因ハ胃潰瘍及ビソレニ伴ツタ嘔吐ト考ヘラル。

從來 Pneumatosis¹ノ原因ニ關シテ2説アル。

1) 機械説デ慢性ノ胃腸疾患例ヘバ胃潰瘍、十二指腸潰瘍、幽門狹窄、腸結核ノ如ク腸管壁ニ Laesion¹ガアツテソノ Laesion¹ヲ通り腸管内ノ瓦斯ガ腸管壁ヘ侵入スルトイフ説デアル。ソノ機會トシテハ嘔吐、咳、噴嚏等急ニ腹腔内壓上昇ヲ來スモノガ考ヘラレテ居ル。

2) 細菌説デアツテ非病原性ノ瓦斯發生性細菌ニヨルモノデアルトイフ説デアルガ前述ノ様ニ腸管壁ノ Laesion¹タル潰瘍部ノ安靜ヲ計リ嘔吐ヲ除去シタコトダケデ Pneumatosis¹ガ治癒シタノデアルカラ少クトモ本例ニ於テハ機械的作用ニ歸因スルモノト考ヘタイ。

膽囊炎 2 例

森 欣 一 (京都外科集談會昭和13年6月例會所演)

第1例 8歳、男子

主訴：腹痛及ビ嘔吐

現病歴：3/Ⅵ午後遠足ヨリ歸宅後、突然ニ惡心嘔吐アリ。右季肋部ニ痼痛性疼痛ヲ來セリ。

一般所見及ビ局所々見：眼瞼結膜稍々黃色ナルヲ認ム。腹部ハ腹壁緊張及ビ Blumberg¹氏症候ナク、右肋骨弓下4横指ニ互リ左ハ正中線、右ハ右乳線ノ間ニ抵抗アリ、且ツ著明ノ壓痛點アリ。觸診ニ際シ上腹部ニ痼痛様疼痛アリ且ツ腸雜音ノ強大トナレルヲ認ム。

血液検査ニヨリ白血球數12500、尿中大腸菌ヲ證明セズ。

上線検査：胃、腸管ニ通過障害ナク、大腸ニ通氣スルニ膽囊ニヨル大腸影像ノ一部缺損ガ現ハレ大キサハ普通ノ約2倍アリ且ツコノ膽囊ヲ中心トシテ壓痛アリ。

診斷：急性膽囊炎。

手術所見：膽囊ハ鵝卵大デ膽囊壁著シク肥厚シ、肝及ビ周圍ノ組織ト纖維素性ニ癒着セリ。膽囊管著明ニ擴大シ總輪膽管ト合スル所ニ約小指頭大ノ強ク充血セル淋巴腺腫アリ。肝管及ビ總輪膽管ハ全ク尋常デ擴大セズ。結石様ノモノハ何レノ部ニモ觸レズ。膽囊周圍ヲ大網膜ニテ包ミ、膽囊底部ノ一部ニ腹膜外固定ヲ施ス。

第 2 例 19 歳, 女

主訴: 腹痛

現病歴: 17/V 早朝食後胃部=劇痛アリ, 悪心嘔吐ヲ伴ヒ體溫 38.5°C。暫クシテ腹痛ハ左腹部=變移シ, 23/V = 右腹部=移動シ, 轉々トシテ一定セズ。悪心嘔吐頻回。

一般所見及ビ局所々見: 皮膚色稍々黃褐色。腹壁緊張, Blumberg 氏症候ナク右季肋部=著明ナ, 廻盲部=輕イ壓痛點アリ。腸雜音ハ普通。白血球增多ナク, 尿検査ニテゲメリン氏反應, 「ウロビリノーゲン」共ニ強陽性, モイレングラハト氏反應25。

レ線検査: 胃, 腸管=通過障害ナク蟲様突起=於ケル造影劑ノ停滯 3 晝夜ニ及ブ。糞便=蛔蟲卵ヲ證明セズ。翌日角膜著明=黃變シ, 右ノ季肋部=限局セル抵抗及ビ壓痛點現レ, 3 日目ヨリ角膜, 皮膚色黃變益々著明トナリ壓痛點ハ右季肋部=全ク限局セリ。

診斷: 急性膽囊炎

手術所見: 膽囊約鷄卵大, 周圍トノ癒着ナク, 結石ナシ。膽囊管ト總輸膽管ノ分枝部ヨリ肝十二指腸靱帶=互リ約小指頭大ノ稍々充血セル淋巴腺腫脹 5, 6 個ヲ認ム。改メテ廻盲部ヨリ交錯狀切開ニテ腹腔内=入り蟲様突起切除術ヲ行フ。蟲様突起ハ約 10 釐中央マデ周圍ノ組織ト纖維素性=癒着セリ。

考察: 第 1 例ハ膽囊炎, 膽囊管淋巴腺腫脹ヲ伴ヘル膽囊周圍炎ト考フベキデ, 手術所見トシテ淋巴腺腫脹ガ膽囊管ヲ壓迫且ツ屈折セシメ爲=膽囊内=胆汁鬱滯ヲ來シテ居ルノデハナイカト考ヘラレタ。

第 2 例ハ單=膽囊炎デソノ所屬淋巴腺ガ腫脹シタトイフ普通ノ例デ且ツ Graham, 及ビ Peterman = ヨリ注目サレテ以來今日デハヨク知ラレテ居ル膽囊炎ト蟲様突起炎ヲ合併シテ居ル例デアルト考ヘラレル。(後日詳細發表ノ豫定)

後腹膜畸形腫ノ 1 例

森 欣 一 (京都外科集談會昭和 13 年 6 月例會所演)

患者: 42 歳, 女

主訴: 左腹部無痛性腫瘤

現病歴: 昭和 2 年 2 度目ノ出産後始メテ左腹部=小兒頭大ノ無痛性腫瘤アル=氣付キ, 7 年後婦人科ニテ一部切除セラレタ(ソノ際ニハ卵巣囊腫デナカッタ言フ)。昭和 11 年 10 月 3 度目ノ出産後, 再ビ左腹部=小兒頭大ノ無痛性腫瘤アルヲ氣付キ, 胃部=時々痙攣様疼痛アリ。發病以前=腹部=打撃或ハ烈シイ腹痛ヲ來セシコトナシ。

局所々見: 左腹部=上緣ハ左肋骨弓下 1 横指, 下緣耻骨上部 4 横指, 左ハ前腋窩線, 右ハ中央線ヨリ右=1 横指ノ境界鮮明ナル小兒頭大ノ腫瘤アリ。緊張彈性硬デ波動ヲ證明ス。基部及ビ皮膚ヨリヨク動ク。腫瘤ノ左側ハ鼓音ヲ呈シ腸雜音ヲ證明ス。臍ヨリ内診スル=子宮, 兩卵巣ヲ觸知シ得。腫瘤トノ關係ナシ。

レ線検査: 腫瘤=ヨリ S 狀結腸ハ下方ニ, 下行結腸ハ左側ニ壓排サレ, 横行結腸ハ腫瘤ノ上ニアリ。胃ハ上方ニ, トライツ氏帶ハ著シク右ニ壓迫サレタリ。

診斷: 後腹膜腫瘍恐ラク脾臓囊腫ト診斷サル。

手術所見: 腫瘍ハ胃ト横行結腸ノ間ノ後腹壁腹膜ヨリ出テ脾臓尾部及ビ横行結腸腸間膜ト纖維性=癒着ス。脾臓トハ實質性連絡ナシ。腫瘍ヲ周圍ノ組織ヨリ銳性或ハ鈍性=剝離シ剔出ス。

考察: 本例ハ術前臨床上及ビレ線検査上後腹膜囊腫ナリト診斷サレ恐ラク脾臓囊腫ト思ハレタルモ剔出標本及ビ組織標本ニテ明カニ畸形腫ナルコト判明セリ。(後日詳細發表ノ豫定)

レ線造影剤ノ尿道破裂診断ニ於ケル應用

朝 倉 進 (京都外科集談會昭和13年10月例會所演)

患者：10歳ノ男子(昭和13年26/Ⅸ入院)

主訴：會陰部疼痛及ビ排尿障碍

現病歴：1昨日夕方柿ヲトラントシテ4尺位ノ高サカラ落下シ、竹ノ切株デ會陰部ニ打撃ヲ受ケタガ、同日2回ノ排尿ハ赤色デアツタ。昨日ハ5回程尿意ヲ覺エタガ血液様ノモノ少量ヲ外尿道口ヨリ滴下シタバケデ以來今日迄排尿ナク、次第ニ下腹部ガ膨滿シテ來タ。排便時ニハ會陰部ニ疼痛ヲ訴ヘル。本日外來デ膀胱穿刺ニヨリ褐色尿約 300cc ヲ排除サレタ。

既往歴、遺傳歴共ニ特記ス可キモノハナイ。

現症：體格、營養中等、脈搏1分時100、整正緊張良。下腹部ガ特ニ膨滿シテ居ナイ。

局所々見：會陰部デ陰囊後部カラ肛門前部ニカケ、主トシテ右側ニ鶏卵大ノ暗褐色ニ變色シタ部ガアル。併シ定型的ノ蝶形ヲ示シテ居ナイ。變色部ノ邊縁ハ不規則デ、diffusニ健康部ニ移行シ、特ニ皮膚面カラ高マツテ居ナイ。又熱感モナイガ、壓痛ヲ證明スル。右側會陰部ノ變色部ニハ硬結ヲ觸レル。肛門内指診ニヨリ直腸前壁ニ壓痛ヲ認メルガ硬結熱感ハナイ。陰囊ガ陰莖根部ニ移行スル部ニ示指頭大ノ暗赤褐色部ヨリ、コノ部ノ陰囊皺襞ハヤ、粗大。外尿道口ニ凝血ガ附着シテ居ル。龜頭ニ指壓ヲ加ヘルト外尿道口内ノ凝血ガ壓出サレ、排尿ヲ命ズルニ凝血ヲ混ジタ暗赤色ノ尿(約 150cc)ヲ排出、同時ニ尿道ニ沿フテ疼痛ヲ訴フ。又尿道ニ沿フテ膜様部ニ至ル迄輕度ノ硬結アリ壓痛ヲ訴ヘル。

尿検査：赤褐色ニ混濁シ、酸性、比重1028。蛋白反應陽性、檢鏡スルト赤血球ガ多數デ、白血球ハ少數デアル。ソノ他ニハ異常所見ガナイ。

入院後経過：入院第2日即チ受傷後5日目ニハ隨意的ニ2回排尿アリ、尿量 700cc、ソノ翌日モ同様2回アツテ尿量 500cc、次ノ日ハ 600cc、更ニソノ次ノ日ハ 450cc ノ排尿ガアツタ。

臨床診斷：本例デハ外尿道口カラ血液ガ排出サレタタメニ I. 度ノ尿道損傷即チ、尿道粘膜ハ健常デ粘膜下間質、結締織ノ損傷ノミニ終ツタモノデナイコトハ明白デアル。所謂尿浸潤ノ所見ガ無ク膀胱モ擴大セズ隨意ノ放尿ニヨツテ日々500乃至700ccノ排尿ノアツタ點カラ恐ク II. 度即チ尿道粘膜或ハ同粘膜下組織迄ノ裂創ダケデ尿道全體ノ斷裂ハ來シテキナイモノト考ヘラレタ。併シ念ノ爲ニ尿道ノレ線撮影ヲ行ツテミタ。

レ線検査：(入院後6日目)。外尿道口カラ「ウムブラートル」5ccヲ注入シ尿道撮影ヲ行フト、膜様部デ尿道ノ陰影ハ殆ド消失シ、造影剤ノ大部分ハソノ周圍及ビ會陰部ニ向ツテ浸潤シテ居リ、ボンノ一部ガ膀胱内ニ入ツテ居ルヲ認メ得タ。即チ局所ノ觸診ト排尿狀態カラダケデ考ヘタ様ナ II. 度ノ損傷デハナクテ、III. 度ノ尿道破裂ノ狀態デアルコトヲ知ツタノデアル。ソコデ外尿道切開術ヲ行フコトニシタ。

手術所見：型ノ如ク外尿道切開術ヲ行フト尿道ハ膜様部デ前壁巾約0.1握ヲ殘シ全層破裂シ、周圍ニ拵指頭ヲ挿入シ得ル程度ノ腔ノアルコトガ判明シタ。依ツテ全尿道ニ亙ツテ Nélaton氏「カテーテル」7號ヲ挿入シ、切開創ニハ「ガーゼタンポナーデ」ヲ行ツテ手術ヲ終ツタ。

術後経過：挿入シタ「カテーテル」カラハ排尿ガ完全ニ行ハレ、手術創ハ現在小ナル肉芽面ニナツテ居ル。

考察：本例ハ局所ニ尿浸潤ノ症狀ヲ缺キ、隨意排尿ガ可能デアツタガ外尿道口カラ血液ヲ排出スル點デ II. 度ノ尿道損傷ト考ヘラレタモノガ、レ線検査ニ依ツテ明カニ III. 度ノ尿道破裂デアルコトヲ知り、而モ手術ノ結果部分的破裂デアル事ヲ確メ得タ例デアル。治療上 II. 度デハ單ニ「カテーテル」ヲ挿入スルカ或ハ必ズシモソレヲ行ハズトモ濟ムノデアルガ、III. 度デハ是非之ガ必要デ而モ外尿道切開術ニ依ル要ガ多イノデアルカラ II. 度ノ尿道損傷デアルト考ヘラレル様ナ際デモ必ズ尿道撮影ヲ行フ可キデアルト信ズ。

コノ例ノ如ク排尿ノ際ニ尿ガ破裂部カラ周圍ノ組織ニ浸潤シテ行カズニ、造影劑ノミガ浸潤シテ行ツタノハ破裂部デ、in Situニハ兩緣ガ割ニ接近シテ居タ爲ニ速イ尿流デハ尿ガ周圍ニ迄浸潤スル機會ガナク、外尿道口カラ油劑ヲ注入シタ時ハソノ刺戟ニヨツテ括約筋ノ收縮ガ起リ、ソレガ抵抗トナツテソノ手前ノ破壊部カラ周圍ニ浸潤シタモノト理解シタイノデアル。

鎖 肛 ノ 1 治 驗 例

副 島 謙 (京都外科集談會昭和13年10月例會所演)

患者：24歳ノ女子

主訴：腔ヨリノ糞便排泄

現病歴：生來糞便ガ腔ヨリ排泄サレテキタメ5歳ノ時ニ手術ヲ受ケタガ今日ニ至ルモ依然トシテ糞便ハ腔ヨリ排泄サレテ居ル。

既往症：生來健康デ著患ヲ知ラズ16歳ノ時ニ初經ヲ見、以來月經ハ規則正シク現ハレテキル。

現在症：全身所見ハ全く健康體ニシテ頭部、四肢軀幹ニ畸形ヲ認メズ。

局所々見：肛門ハ固有ノ位置ニ存在セズ、肛門ノアル可キ部位ハ皮膚ガ稍々陥没シテ居ルノミデアル。陰唇繫帶 (Frenulum labiorum) ヨリ後方ニ向フ約3cm長ノ手術性瘢痕アリ。腔ハ中隔腔 (Vagina septa) ニシテ、且ツ雙頸子宮ヲ伴ツテキル。腔粘膜ハ稍々肥厚シ右側腔部ニ於テ舟狀窩ノ部ニ相當シ且ツ中隔ニ近ク小指頭大ノ直腸開口部アリ。此レヨリ示指ヲ容易ニ直腸内ニ挿入スル事ガ出來ル。

肛門ニ相當スル部ノ皮膚ト直腸腔トノ最短距離ハ約2.5cm位ト思ハレル。即チ此ノ患者ニハ直腸腔瘻ヲ伴ヘル鎖肛ガアリ且ツ中隔腔ヲ有スル雙頸子宮ヲ伴ツテキル。

處置及ビ手術：最初左腸骨窩低肛門ヲ設置シテ直腸ヲ曠置シタル後此ノ曠置直腸ヲ生理的食鹽水ヲ以テ毎日洗滌シ約20日後、月經經過後第5日目ニ直腸腔瘻ノ整形術ヲ施シタ。即チ直腸腔瘻口部ニ於テ直腸粘膜ヲ腔粘膜ヨリ其ノ全周ニ亙リ剝離シ、更ニ深部ニ向ヒ直腸壁ヲ周圍ノ結締組織及ビ腔壁ヨリ遊離セシメルト共ニ會陰部ヲ陰唇繫帶部ヨリ尾閥骨尖端部ニ至ル迄切開シ、先ニ遊離セシメタ直腸ヲ尋常ノ肛門部位迄移動セシメ直腸粘膜ヲ皮膚ニ腸線ヲ用ヒテ縫合シタル後會陰部ヲ形成スルタメニ陰唇繫帶部ノ皮膚ト腔粘膜トノ界ニ切開ヲ加ヘ皮膚及ビ粘膜ヲ皮下及粘膜下ノ結締組織ヨリ剝離シ、此ノ部ノ筋肉及結締組織ノ間隙ヲ縫合接着セシメソノ皮膚ヲ2本ノ銀線ヲ用ヒテ縫合シ、又腔後壁ノ粘膜缺損部ヲ腸線ヲ用ヒテ縫合シ術前擴張ヲ開セル腔部ヲ正常大ニ縮小シタ。

手術野ニハ_Lワゼリン・ガーゼ⁷ヲ貼布シ、腔ニハ_Lヨードフォルム・ガーゼ⁷ヲ挿入シテ手術ヲ了ル。術後此ノ_Lヨードフォルム・ガーゼ⁷及_Lワゼリン・ガーゼ⁷ノ交換ヲ行ヒ、且ツ尿ニヨリ手術野ノ汚染サレルヲ防グタメニ排尿時ニハ膝肘位ヲトラシメタ。所ガ3日目頃ヨリ會陰形成皮膚部ニ發赤ト腫脹トヲ來シタノデ其ノ日ヨリ毎日朝夕1回宛大腸菌_Lコクチゲン¹1ccノ局所皮下注射ヲ續ケタ所腔粘膜及會陰部創ハ第I期癒合ヲナシ肛門部モ肛門後半ノ部ノ粘膜ガ稍々深部ニ陥没シタルノミデ完全ニ治癒シタ。

考察：一般ニ比較的面倒ダトサレテキル鎖肛ノ整形術ガ比較の簡單ニ唯1回ノ手術デ成功シタ事ハ1) 最初人工肛門ヲ設置シテ曠置直腸ヲ充分洗滌シ此レヲ可及的ニ無菌ナラシメタ事、2) 術後_Lコクチゲン⁷注射ニヨリ細菌感染ヘノ抵抗力ヲ昂メタル事、3) 腔部ノ_Lタンポン⁷挿入及排尿時膝肘位ヲトラシメテ手術野ノ汚染ヲ防ギ得タ事ニヨルモノト思考サレル。

髒白蓋成形術ノ2例

上 原 孫 作 (京都外科集談會昭和13年10月例會所演)

第1例 32歳、女(昭和13年14/V入院)

現病歴：幼時ハ目立タザリシモ12歳頃ヨリ跛行スル様ニナリ、20歳頃ヨリ漸次程度増強シ最近デハ長時ノ起立、歩行ニ際シテ局處ニ疼痛ガアル。

現症：脱臼性跛行ガ左ニ著明デアル。腎筋及大腿筋ハ萎縮シ Trendelenburg 氏症候陽性、大轉子ハ側方ニ凸出シ上方ニ轉移シテキル。棘頸距離ハ健側ニ比シ約5糎ノ短縮アリ、大轉子高位ハ Roser-Nélaton 氏線上3糎、運動ハ外開及内旋ニ際シ制限ト疼痛トガアル。

㊦線像：髌臼ハ總體トシテ扁平ニシテ髌臼蓋ノ形成全ク無ク扁平髌臼又ハ骨性髌臼發育不全ト名付ク可キ状態ニアル。骨頭ハ大黒帽型ニ變形シ髌臼軟骨縁ノ外上方ニ向ツテ強く發育シテ骨頭ノ1/2以上ハ外上方ニ脱臼シテキル、且大腿骨内閉位ト Coxa vara ガ著明デアル。

處置：入院後直チニ左下肢ヲ約30°外開位ニシテ牽引ヲ續ケルコト約1ヶ月、ソノ際㊦線像ハ大腿骨ノ外開位ト牽引ニヨル骨頭ノ下方轉移トニヨツテ骨頭ノ中心ト髌臼ノ中心ガ稍同一點ニ近ク接近シテ來タ、ヨツテ髌臼成形術ヲ施スコト、シタ。

手術：大轉子ヲ中心ニ Kocher 氏從切開、肥厚シ伸展シタ關節囊ニ被ハレタル骨頭ニ達ス。下肢ニ30°ノ外開位デ稍内轉シテ牽引ヲ加ヘタルニ骨頭ヲ下方ニ約5糎轉位シエタ。之ノ位置デ骨盤壁腸骨翼ヨリ3糎平方ノ骨瓣ヲトリ陳舊上縁ニ縫轉シ關節囊ニ絹糸ニテ固定、脛骨片ノ支柱ヲ與ヘルコトナク伸展位ニギプス⁷固定ヲ施シタ。術後1ヶ月目及2ヶ月目ノ㊦線像ニテモ骨瓣ハ骨頭ヲ支ヘ得ル状態ニアル。ソノ後ノ遠隔成績ハ患者退院ニヨリ未調査ノマ、デアル。

考察：本例ハ難治性先天性股關節脱臼ニ向ツテ關節囊外髌臼成形術ヲ施シタモノデアル。コ、デ難治性トハ非整復性或非固定性ヲ意味スルノデアルガ、本例ハソノ中、亞脱臼障害 Subluxationsbeschwerde トモ言フベキモノデ、髌臼形成不良ノタメ亞脱臼⁷ノマ、經過シ11~12歳後ニ症候ヲアラハシテ疲勞、疼痛、跛行ヲ呈スル様ニナル。㊦線像デハ Coxa vara 及 Coxa plana ガアル。症候發生ノ理由ハ大腿骨上端軸ト髌臼軸ノ不一致ニヨルトサレテキル。故ニ若シ髌臼蓋ヲ作ツテ兩軸ヲ一致サセルト症候ハ消退スルト考ヘラレル。本例ハ之ヲ試ミタモノデアル。

第2例 20歳女、右側大腿骨頸部假關節

現病歴：約3年前ニ石ノ上ニ倒レテ右股關節ヲ強く打ち、異常ナ疼痛ヲ覺ユルト共ニ右下肢ノ運動不能トナリ、以來1ヶ年間ハ歩行不能ナリシモ、ソノ後ハ杖ヲ用ヒテ歩行可能トナツテ來タ。

現症：右下肢一般ニ萎縮シ約5糎短縮シ稍々外轉位ヲトツテキル。大轉子部ハムシロ扁平トナリ壓痛、叩打痛ナシ。立位ニテ骨盤ハ著明ニ右ニ傾ク、歩行ハ有痛性ノ跛行ヲナス。自動的ニハ仰臥位デ下肢ヲ舉¹上出來ズ内閉外開共ニ不可能、他動的ニハ外開ガ著明ニ制限サレテキル。

㊦線像：右大腿骨頸部ニ遊離骨折ガアツテ骨頭ハ完全ニ遊離シ頸部ハ殆ド消失シ、タメニ大轉子ハ上方ニ轉位シテ腸骨翼ニ支ヘラレタ位置ニアル。即チ大腿骨頸部假關節ヲ作ツテキル。

處置：ソコデ1週間牽引ノ後先ズ遊離骨頭ノ剔出並ビニ觀血の整復術ヲ施シタ。

手術：スミス・ビーターズ⁸氏切開、關節囊ヲ開キ遊離可動性ナル骨頭片ヲ剔出シタ。次ニ後上方ニ轉位シタ頸部斷端ヲ髌臼内ニ整復スルタメ大轉子ガ髌臼上縁ニ來ル迄索引シテ30°外開位ニギプス⁷固定ヲ施ス。術後㊦線檢査ヲ行ツタコロ大轉子ハ髌臼上縁ニハナクテ術前同様後上方ニ轉移脱臼シテキル。ヨツテ1週間後ニ第2回手術ヲ施シタ。

手術：前回手術創ヲ開キ血液凝塊ヲ清掃スルト㊦線像通りノ脱臼轉位ガアル。ヨツテ左ノ脛骨カラ巾1糎長サ10糎ノ骨片ヲトリ2個ノ骨釘ヲ作製シ髌臼上縁ノ中央ト稍後方トニ1.5糎ノ深サニ打込シタ。斯クシテ髌臼蓋ヲ形成シタ後下肢ヲ牽引シ内轉セシメルコトニ依ツテ大轉子ヲ整復シタ。45°外開シタ位置デ特ニ内轉セシメズギプス⁷固定ヲ施ス。術後㊦線像ニ脱臼ヲ認メナイ。3週間目ニギプス⁷除去尙3週間索引以後 Mobilisation ト Massage ヲ續ケルコト60日ニシテ輕快退院。

退院時現症：杖ヲ用ヒテ歩行シテ跛行セズ長サノ差異0.5釐，外開及舉上ハ自動的ニ 45° 迄，他動的ニ 60° 迄可能ナルガ患側下肢ヲ身體ヲ支ヘル事ハ尙疼痛ノ爲不可能ナル。上線像ハ大轉子ガ形成髌臼蓋ニ支ハラレ脱臼ヲ證明セズ。

考察：本例ハ大腿骨頸部假關節ニ向ツテ遊離骨頭ヲ剔出シテ後髌臼蓋成形術ヲ施シテ相當ニ支持性ト可動性ヲ有ツタ股關節ヲ作りエタモノナル。從來大腿骨頸部假關節ニ向ツテハ螺子挿入法，内軸法，スミス・ピーターソン氏三翼釘挿入法等アルモ之ハ別トシテ觀血手術侵襲ヲ加ヘル際ニ，頸部斷端ヲ髌臼内ニ移動セシメタ後ニハ或ハ可動性ガ得ラズシテ内閉攣縮ヲ起シ，或ハ支持性ヲ失ツテ再脱臼又ハ動搖關節ヲ起シ，爲ニ起立歩行ノ不確性ト疼痛アリ，ムシロ關節強直ヲ起サシメタ方ガヨイトイフ場合サヘアルト言ハレテキル。又 Whitmann 氏改造手術ノ轉子下斜截骨術 (subtrochantäre schräge Osteotomie) 特ニ後者ニ於ケル好成績ハ否メナイ所ナルガ，侵襲ヲ幾分デモ少クシテ效果ヲ得ン爲ニハ本例ノ如キ髌臼成形術ヲ試ミテモヨト考ヘラレル。

尙本例デ術後約4年後ノ今日ノ上線像ヲ見ルト2本打込マレタ Knochenspan ノ中1ツハ良ク發育シテ骨質ハ緻密トナリ肥厚シテ居ルガ，他ノ1ツハ骨質ガ消失シヤウトシテキル如キ像ヲ呈シテ居ル。之ハ大腿骨ヲヨク支持シテ適度ノ刺戟ガ加ルモノニハ骨新生髌臼蓋トシテ發育ガ良好ナルガ，些カデモ Inkongluenz ガアルト發育ガ惡イコトヲ意味スルト考ヘラレテ骨形態ノ機能的改變ノ巧妙ナノニ驚カサレルト共ニ手術ニ際シ正確ニ支持點ヲ與ヘル様ニ工夫スベキデアルト考ヘラレル。

臨床診斷ト手術所見

腸間膜囊腫ト誤ラレタル結核性腹膜炎ノ1例

森 欣 一 (京都外科集談會昭和13年6月例會所演)

患者：5歳，男子

主訴：腹部腫瘤及ビ臍部ノ疼痛

現病歴：本年3月初旬ヨリ腹部全體ガ漸次膨滿シ，4月來時々食後3時間位ニ疝痛様腹痛及ビ嘔吐アリ，吐物ハ食物殘滓ノミデ，嘔吐シタ後苦痛ハ拭ヒ去ル如ク全ク消失シ機嫌ヨクナルヲ常トヘ。便通1日1回ナルモ腹痛時ハ1日3回位トナリ稍々下痢様トナル。斯ル腹痛ハ1ヶ月3回ヨリ5回アリ，最近ハ2/3ノ夜中ニアリ。

既往歴：出産後1年間母乳榮養。牛乳ヲ用ヒシコトナク，且ツ牛乳ヲ好マズ。

一般所見：發育尋常，榮養佳良，皮膚及可視粘膜ニ貧血ナク，脈搏整正緊張良，1分時90，頸部淋巴腺腫脹ナク，肺，心ニ異常ナシ。

局所所見：背位ニテ胃部著明ニ膨滿セルモ蠕動不穩，搏動性振動，皮膚ノ異常着色ナシ。上腹部ニ靜脈怒張ヲ認ム。

觸診スルニ腹壁緊張，Blumberg 氏症候ナシ。臍ノ2横指上部ニ於テ腫瘤ヲ觸ル。左ハ左乳線ヨリ，右ハ正中線ヨリ2横指有マデ幅2cm デ，左端ハ約胡桃大，右端ハ抵指頭大トナリ，彈性硬ニシテ壓痛ナク，皮膚及